様式第4号(第5関係)

|  |
| --- |
| 患者等搬送事業認定(更新)申請書年　　月　　日　　　　　　　　　　様申請者　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　患者等搬送事業の認定(更新)について下記のとおり申請いたします。記 |
| 事業所名 | 　 |
| 所在地 | 電話　　　(　)　　　　　 |
| 管理責任者・職氏名 | 　 |
| 国土交通省免許登録番号 | 　 |
| 定款に定める事業内容 | 　 |
| ※受付 | 　 |

　(注)　1　※には記入しないこと。

　　　　2　必要な関係書類を添付すること。

　　　　3　2部提出すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 営業区域 | 　 |
| 営業時間 | 　 | 料金 | 　 |
| 乗務員数 | 総数 | 　 | 昼 | 　 | 夜 | 　 |
| 制服 | 色 | 　 | 形式 | 　 |
| 年間営業実績件数 | 病院への通入院 | 　 | 老人ホームへの送迎 | 　 |
| 退院 | 　 | 旅行 | 　 |
| 転院 | 　 | その他 | 　 |
| 事業案内書の有無 | 有・無 | 有の場合は案内書を添付すること。 |
| 特定病院との契約の有無 | 有・無 | 有の場合は医療機関名及び契約内容を記入すること。 |
| 　 |
| 特定行政機関との契約の有無 | 有・無 | 有の場合は行政機関名及び契約内容を記入すること。 |
| 　 |
| その他 | 会員数 | 　 | 会費 | 　 |